Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de STRASBOURG
Mention: Médecine

ANNÉE 1933 № 41

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Sarah LINDENBAUM
née à DOLINA (Pologne), le 17 Mars 1908

Etude sur l'assistance médico-sociale aux enfants infirmes de la motricité dans différents pays

Président: M. STOLZ, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz
1933

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de STRASBOURG
Mention: Médecine

ANNÉE 1933 № 41

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Sarah LINDENBAUM
née à DOLINA (Pologne), le 17 Mars 1908

Etude sur l'assistance médico-sociale aux enfants infirmes de la motricité dans différents pays

Président: M. STOLZ, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6c, Place d'Austerlitz
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen . . . . . MM. MERKLEN ✻ ✪ I.
Assesseur . . . . . NICLOUX ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie		BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique		VLÈS ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		MERKLEN ✻ ✪ I. AMBARD ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale		SORREL ✻ ✪ I. ✠ ✠ STOLZ ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ✪ I.
Clinique infantile		ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✻ ✪ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		BLUM (Paul) O. ✻ ✪ I.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max ✪ I.
BELLOCQ ✪ I.
MM. FONTÈS ✪ A.
GERY ✪ I.

Chargés de cours et Agrégés

MM. BENOIT ✪ A.
GELMA ✪ I.
GUNSETT ✻ ✪ I.
HANNS ✻ ✪ I.
HUMBERT ✻ ✪ A.
KAYSER
KELLER ✪ I.
MM. KREIS ✪ A.
LARROUSSE ✪ A.
REISS
SIMON ✻ ✪ A.
SIMONIN ✻ ✪
VAUCHER ✻ ✪ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire :

MM M. MEYER ✪ A. ROEDERER.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

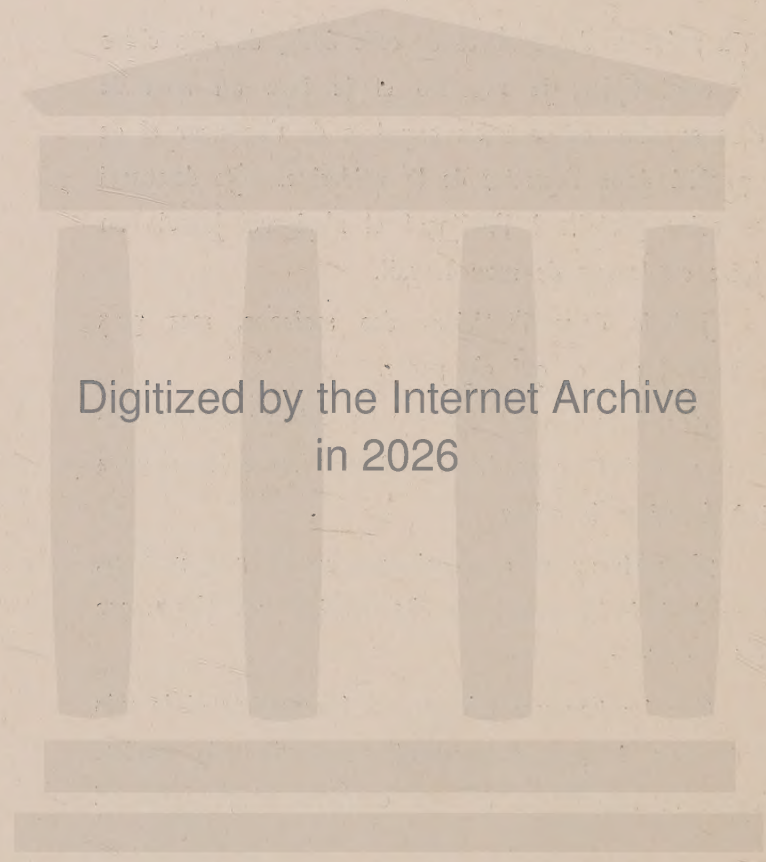
En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552728_0030

A mes parents,

A ma tante Wilia FADER,

A mes amis.

Nous prions Monsieur le Professeur STOLZ, Directeur de la Clinique Chirurgicale B de la Faculté de Médecine de Strasbourg, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, de recevoir l'expression de nos meilleurs remerciements.

Monsieur le Docteur Marcel MEYER, Chargé du cours d'Orthopédie à la Faculté de Médecine de Strasbourg, nous a suggéré la rédaction de ce travail et nous a toujours guidée avec bienveillance; nous lui en exprimons ici nos bien sincères remerciements.

INTRODUCTION.

Pour les anciens, les difformités corporelles étaient une malédiction, contre laquelle l'homme est impuissant. C'est ainsi que dans l'Inde on jetait les enfants infirmes dans le Gange et, en Lacédémone, dans un gouffre qui se trouvait au pied du mont Taygète. Dans les autres nations, il ne leur restait, comme unique ressource, que de mendier le long des routes.

L'ère chrétienne modifia un peu cet état de choses.

Au Moyen-Age, nous trouvons déjà de temps à autre des maisons recueillant les pauvres invalides.

Mais c'est seulement au XIX[e] siècle que commence la vraie assistance médico-sociale aux infirmes. Les premiers établissements fondés, dont le but était de s'occuper des estropiés et des paralytiques, ne cherchaient qu'à donner un abri aux malheureux infirmes et à leur assurer la vie matérielle. Peu à peu des médecins y furent affectés, des salles de traitement installées, dans lesquelles on essayait d'améliorer les infirmités et même de les guérir. On adjoignit également à ces hospices des centres d'enseignement méthodique de métiers, pour fournir aux invalides le moyen de gagner leur vie.

L'organisation de cette assistance varie avec les différents Etats.

Nous nous sommes efforcés de présenter, dans ce travail, l'organisation de l'assistance médico-sociale dans quelques pays, qui nous ont paru les plus intéressants à ce point de vue.

Une bibliographie sur cette question n'existant pas encore en France, nous avons également cru utile de la réunir.

ALLEMAGNE.

Une statistique officielle, faite en 1906-1907 en Allemagne par le Pr. *Biesalski,* révéla un nombre de 30.000 enfants estropiés, ayant besoin d'être hospitalisés et pour lesquels on ne disposait en tout que de 2.400 lits; des recherches ultérieures montrèrent que le nombre de 30.000 infirmes était nettement inférieur à la réalité. C'est pour remédier à cet état de choses et dans un but d'économie, que le corps législatif prussien vota, un an et demi après la guerre, la loi du 6 mai 1920 par laquelle les soins à donner aux impotents furent mis à la charge des communes.

Cette loi ne s'occupe pas seulement des soins à donner aux aliénés idiots, épileptiques — côté improductif de l'assistance — mais surtout de ceux à donner aux sourds-muets, aveugles, estropiés — côté productif de la loi.

1° *L'assistance publique provinciale* (départementale) est obligée de subvenir aux *frais d'hospitalisation,* de traitement et de soins à donner aux indigents aliénés, idiots, épileptiques, sourds-muets, aveugles et infirmes, *en tant que leur admission est nécessaire* dans des établissements appropriés. Pour les infirmes au-dessous de 18 ans, l'éducation professionnelle est comprise dans ces soins.

2° L'assistance aux estropiés au-dessous de 18 ans, *dont l'état n'exige pas une hospitalisation,* ainsi que les mesures aptes à prévenir les déforma-

tions, incombent à *l'assistance publique des arrondissements* de villes ou de campagne. Les organes de surveillance sont autorisés, dans les cas où cela serait nécessaire, à contraindre ces arrondissements à remplir leurs obligations.

La nécessité d'hospitalisation d'un infirme se pose seulement quand les mesures prises par les parents ou le tuteur, en vue de son éducation professionnelle et de son traitement, sont insuffisantes.

Des soins spéciaux sont donnés aux infirmes qui, par suite de leur état physique, ont besoin continuellement de l'aide d'une tierce personne.

L'assistance publique provinciale n'intervient que dans les cas qui exigent un traitement hospitalier; dans le cas contraire, le malade est à la charge de l'assistance publique de son arrondissement.

La loi assure l'hospitalisation des infirmes dans des établissements appropriés. Il faut donc faire une distinction entre les infirmes incurables chez lesquels un traitement orthopédique n'a aucun espoir de réussite et ceux dont la capacité de travail serait augmentée ou complètement rétablie par un traitement spécialisé.

3° Le médecin qui, dans l'exercice de sa profession, serait amené à constater une infirmité chez une personne au-dessous de 18 ans, est obligé d'en faire la déclaration dans un délai d'un mois, en indiquant le nom du malade et la nature de son affection.

Le médecin ou la sage-femme qui accouche une femme, est tenu d'examiner le nouveau-né et de faire également la déclaration s'il constate une infirmité. Toute contravention à cette obligation

de déclaration est punie par une amende allant jusqu'à 150 marks ou par un emprisonnement jusqu'à un mois.

4° L'instituteur ou l'institutrice qui constaterait, lors de l'exercice de ses fonctions, des difformités chez l'un de ses élèves, est tenu de déclarer le nom de cet élève. Le ministre de la Santé publique réglementera les modalités de cette déclaration par voie de décret.

La non-observation de ces prescriptions peut entraîner des amendes jusqu'à 150 marks ou l'emprisonnement jusqu'à un mois.

5° Les médecins, ainsi que les infirmiers ou infirmières ou autres organes de l'assistance publique, qui, dans l'exercice de leur profession, seraient amenés à observer des signes précurseurs d'infirmité chez une personne au-dessous de 18 ans, sont obligés de les déclarer à l'autorité désignée au paragraphe 6 de cette loi.

Ce point est d'une grande importance: la loi prévoit le traitement préventif d'une infirmité en train de s'établir. Il est facile de comprendre qu'au début de l'affection les chances d'enrayer l'infirmité ou de la guérir sont beaucoup plus grandes. Nous tenons à remarquer que, grâce aux paragraphes 3, 4, 5, nul estropié ne peut échapper au traitement.

6° Les déclarations prévues par les paragraphes 3, 4, 5, sont à adresser à l'Office compétent de la Protection de l'enfance.

7° A la suite d'une déclaration faite en exécution des prescriptions du paragraphe 5, l'Office peut exiger, une fois ou plusieurs fois de suite, la présentation d'un certificat médical stipulant

que toutes les mesures aptes à enrayer une infirmité définitive ont été prises.

8° Chaque arrondissement devra instituer au moins un dispensaire pour infirmes. A cette consultation tous les infirmes ainsi que toutes les personnes au-dessous de 18 ans, atteints d'une affection pouvant entraîner une infirmité, auront accès.

Le dispensaire proposera toutes les mesures qui paraîtront utiles. Ces consultations seront accessibles à tous les estropiés et non pas seulement aux indigents; ils pourront y trouver tous les renseignements nécessaires et utiles en ce qui concerne leur traitement et leur éducation.

9° Définition de l'infirmité: il y a infirmité, dans le sens de cette loi, quand une personne (infirme) à la suite d'une affection congénitale ou acquise — osseuse, articulaire, musculaire ou nerveuse, ou par suite du manque complet ou partiel d'un membre — est entravée dans l'utilisation de son corps et de ses membres, et cela à tel point que sa capacité de travail se trouve diminuée d'une façon considérable.

10° Le ministre de la Santé publique veille à l'application de cette loi.

11° La loi entre en vigueur le 1er octobre 1920.

Les infirmes qui sont en même temps atteints d'une grave affection psychique — telle que crétinisme — et par cela même inaptes à toute rééducation, ne bénéficient pas des avantages de la loi; ces malades peuvent être hospitalisés dans des asiles spéciaux.

Application et fonctionnement de la loi.

En résumé, la loi prévoit le traitement obligatoire et prophylactique de tous les infirmes âgés de moins de 18 ans.

L'Etat substitue son autorité à celle des parents dans les cas où ceux-ci, soit par négligence, soit par suite d'indigence, ne prennent pas les mesures nécessaires pour faire donner des soins appropriés à leurs enfants.

Ces soins sont déterminés de la façon suivante:

Dans chaque département, un spécialiste — généralement le professeur d'orthopédie de la Faculté la plus proche — est chargé de la surveillance des estropiés.

Il se rend une ou deux fois par an dans chaque chef-lieu d'arrondisement. A cette visite sont convoqués tous les estropiés qui figurent sur des listes spéciales, établies et tenues à jour par le médecin d'arrondissement. Tous les médecins intéressés sont invités à assister à la consultation. D'accord avec eux le spécialiste fixe les mesures thérapeutiques à prendre pour les nouveaux cas qui se présentent. Il contrôle les résultats obtenus par des traitements antérieurs. Ce point est très important: les traitements orthopédiques étant généralement de longue haleine, il importe de connaître les résultats éloignés de certaines interventions; il importe également de prévoir à temps les récidives toujours possibles. A notre avis, c'est précisément ce contrôle permanent des malades qui donne les meilleurs résultats au point de vue social. Le spécialiste contrôle également l'appareillage des malades, indique les changements éventuels et ordonne son renouvellement s'il est nécessaire.

Les communes et l'assistance publique voient leur intérêt dans l'application stricte de la loi. Alors que les frais de traitement et de rééducation sont minimes et de courte durée, les charges que constituent pour une commune l'entretien et la subsistance des estropiés nécessiteux sont écrasantes, surtout si l'on considère que la durée du traitement et de rééducation ne dépasse généralement pas 2 à 3 ans et que l'assistance aux infirmes non traités s'étend à toute leur existence.

En vérité, les beaux résultats obtenus en Prusse ont incité les autres pays appartenant au Reich à organiser également la prophylaxie, le traitement et la rééducation des estropiés, d'après le même principe et en tenant compte des particularités régionales.

AMERIQUE DU NORD.

En Amérique, la première institution pour infirmes fut créée en 1863 à New-York pendant la guerre civile (The Hospital for the Ruptured and Crippled); en 1866 suivit l'inauguration à New-York de la première clinique orthopédique; en 1877, un service spécial pour enfants infirmes fut créé à l'hospice de vieillards de Philadelphie. L'initiative pour ces œuvres était toujours d'ordre privé, aussi bien pour les institutions mentionnées plus haut que pour le «Home of the Merciful Saviour» à Philadelphie, premier hôpital américain réservé exclusivement aux enfants infirmes.

C'est en 1897 que l'Etat commence à s'occuper officiellement de cette question. C'est en cette année en effet qu'aux Etats-Unis fut votée la première loi «pour la prévoyance, l'éducation et le traitement d'enfants infirmes et difformes». Le paragraphe 289 des lois de Minnesota, signé le 23 avril 1897, autorise l'Université de Minnesota à prendre aux frais de l'Etat toutes les mesures de prévoyance et d'assistance médicale qui lui semblent nécessaires pour secourir les enfants indigents infirmes ou menacés d'infirmité, à condition que cet enfant soit domicilié au Minnesota depuis au moins un an et que sa résidence soit située dans un rayon de 10 milles de l'Université.

New-York suivit l'exemple de Minnesota en 1899 par la création de la première clinique orthopédique appartenant à l'Etat. En 1900, fut fondée

la première Association ayant pour but l'assistance aux enfants infirmes (Association for the Aid of Crippled Children). A partir de ce moment l'évolution de cette assistance devint plus rapide et plus systématique.

L'Etat du Massachusetts suivit l'exemple du Minnesota et de New-York en promulgant également une loi d'assistance aux estropiés; l'Etat de Nebraska inaugura dans la même année le deuxième hôpital orthopédique public des Etats-Unis. Depuis 1906, l'Ohio donna de fortes subventions aux œuvres d'initiative privée, mais ce n'est qu'en 1913 qu'une loi régla l'organisation d'écoles spéciales pour des enfants sourds, aveugles et estropiés au-dessous de 16 ans.

Sous l'impulsion de l'industriel *Edgar F. Allen* «le père des estropiés d'Amérique» — l'actuel Président de l'«International Society for Crippled Children», l'Etat d'Ohio se mit en tête du mouvement. Les institutions spéciales se multiplièrent de plus en plus, mais toujours c'était l'initiative privée qui jouait le rôle prépondérant, l'Etat n'intervenant en second lieu que par la réglementation du traitement dans les cliniques universitaires.

Une épidémie de poliomyélite, qui fit des ravages dans la plupart des Etats américains en 1916, donna une forte impulsion au mouvement de prévoyance et aide médico-sociale aux enfants infirmes, le grand nombre des petits paralytiques exigeant la construction de nouvelles cliniques spéciales et d'écoles d'éducation et rééducation. Mais les mutilés de la grande guerre vinrent mettre au second plan les petits infirmes. C'est seulement quelques années plus tard que ce mouvement reprit

de nouveau, et cette fois non pas grâce à l'Etat, mais grâce à des particuliers doués d'un grand esprit philantropique, à des membres des Rotary Clubs d'Ellyria, Toledo et Cleveland. Ces clubs s'unirent pour former l'«Association d'Ohio» à laquelle adhérèrent peu à peu les Rotary Clubs des autres Etats. Cette association élabora un plan, pour la lutte contre le grand nombre d'enfants infirmes — plan qui devint loi en 1928.

La même année fut fondée la grande «International Society for Crippled Children» qui réunit toutes les institutions de prévoyance et aide sociale aux enfants infirmes des Etats-Unis et du Canada.

De vastes statistiques, faites avec beaucoup de précision dans différents Etats, furent la preuve de la grande énergie déployée par cette association.

C'est à cette époque également que fut créée la dernière grande clinique orthopédique américaine à Nord-Carolina.

Les statistiques indiquent pour les enfants audessous de 16 ans un pourcentage de 5,2‰ d'enfants infirmes. Elles démontrent également — et c'est le cas pour beaucoup de pays d'Europe — que le nombre de ces enfants est beaucoup plus élevé qu'on ne le croit généralement. Les enfants infirmes ne peuvent courir les rues; leur présence ne saute donc pas aux yeux et il faut savoir les rechercher.

Les Américains ne se sont jamais décidés à rendre obligatoire, comme l'ont fait les Allemands, la déclaration des enfants infirmes, sauf l'Etat du Wisconsin. En 1928, New-Jersey suivit son exemple. Dans les autres Etats, les recensements périodiques remplacèrent les mesures législatives.

En ce qui concerne les dispensaires et les consultations pour enfants atteints d'affections orthopédiques, c'est en Californie que nous trouvons la loi la plus précise. C'est ainsi qu'une commission spéciale de Santé publique est chargée de l'organisation des dispensaires et de l'assistance médicale à ces enfants à domicile ainsi que de la surveillance du bon fonctionnement de ces institutions.

Au Michigan, d'après la loi de 1927, une liste des enfants infirmes, dressée par le superintendant de l'Instruction publique, est envoyée par l'entremise d'une commission spéciale à une des cliniques, chargée de leur examen et de leur inspection. Mais on conçoit que cette liste ne comprend que les enfants d'âge scolaire.

En Pensylvanie, il existe des consultations, «conférences de diagnostic» correspondant aux «jours des consultations» (Krüppelsprechtage) des Allemands et qui sont sous une dépendance étroite d'une commission orthopédique de l'Etat, chargée de leur surveillance et de régler leurs frais.

Le rôle du corps médical universitaire varie avec les Etats. Dans le Minnesota, d'après la loi de 1897, les institutions orthopédiques sont sous le contrôle de la Faculté de médecine. Il en est de même pour la plupart des autres Etats.

Dans le Michigan, un médecin expert désigné à cet effet examine le petit infirme et le fait admettre à la clinique universitaire aux frais de l'Etat s'il est d'avis qu'un traitement approprié pourrait avoir des chances de guérir ou d'améliorer l'état de l'enfant et si, d'autre part, les parents ou tuteurs ne sont pas à même de supporter les frais du traitement. L'Etat supporte dans ce cas également d'au-

tres frais, par exemple les frais de surveillance médicale par le médecin de famille dans l'intervalle des traitements hospitaliers, les frais de transport à l'hôpital ainsi que ceux des recherches sociales nécessaires (surveillance de l'hygiène à domicile, subventions pour médicaments et nourriture appropriée, infirmières visiteuses de prévoyance sociale).

La loi Perkins de 1915 dans l'Iowa ressemble à celle du Michigan. Mais ici une commission officielle a en plus le droit d'ordonner le transfert des enfants infirmes des hôpitaux privés dans les cliniques universitaires, même si le «tribunal pour enfants» ne l'exige pas.

En général, la plupart de ces lois ne se rapportent qu'aux enfants indigents — le mot «indigent» a été remplacé à New-York en 1925 par les termes: «ceux qui ne peuvent se charger des frais dans leur totalité ou qui ne peuvent en supporter qu'une partie»; ce sont les mesures législatives de l'Ohio qui nous paraissent les plus complètes.

L'«Ohio-Plan» de 1921 comprend 3 lois: l'une relative à la prévoyance, la seconde au traitement et la troisième à l'éducation et l'emploi des enfants infirmes.

Suivant la loi 174 du Sénat, les parents ou les tuteurs d'enfants ont le droit d'adresser au «tribunal pour enfants» une demande d'assistance médicale et d'éducation. Le juge se renseigne sur la situation des parents ou tuteurs et envoie un rapport au Ministère de la Santé publique, qui ordonnera l'admission de l'enfant dans une clinique spéciale. Le Ministère couvre les frais; le département «country» dans lequel l'enfant a son domicile, est obligé de les rembourser ensuite au Ministère et

peut, à son tour, récupérer ces frais partiellement ou totalement sur les parents ou tuteurs suivant leur situation.

L'«Ohio-Plan» règle en outre la collaboration des institutions privées et de celles de l'Etat. Cela indique une certaine décentralisation — une mise au même plan des cliniques privées et des cliniques universitaires — ce qui, au point de vue pratique, laisse la liberté à l'initiative privée, dont les œuvres sont si nombreuses dans le domaine d'invalidité infantile.

Les frais de l'assistance et aide médico-sociale aux enfants infirmes sont presque partout à la charge de l'Etat ou des départements, sauf pour quelques communes, qui les couvrent elles-mêmes.

A New-York, la loi de 1924 mettait ces frais totalement à la charge de l'Etat, mais elle a été modifiée ensuite en ce sens que l'Etat les partage avec les départements à partie égale.

En ce qui concerne la rééducation des enfants infirmes, nous en trouvons les premières mesures législatives dans l'Ohio et à New-York: enseignement dans les écoles spéciales annexées aux cliniques, ou dans des classes spéciales d'écoles publiques. L'enseignement à domicile de l'enfant alité a été introduit dans le Minnesota et dans l'Ohio.

Dans ce domaine, le rôle des infirmières visiteuses est très important. Ce sont elles qui établissent le lien entre la famille de l'enfant et la clinique; ce sont elles qui veillent à ce que les appareils prescrits par des médecins soient portés; ce sont elles encore qui dirigent les exercices de gymnastique et massages indiqués.

Après le traitement, l'éducation ou la rééducation professionnelle est le point le plus important dans la gestion de prévoyance. Il fait l'objet de la troisième loi de l'Ohio-Plan.

La loi fédérative du 1er juillet 1920 (Federal Rehabilitation Act.) a pour but de récupérer et de rééduquer les infirmes. Elle exclut les personnes âgées et impotentes, les épileptiques et les personnes atteintes de crétinisme et impropres à toute rééducation. L'organisation du «Rehabilitation Service» de New-Jersey est la plus complète. Ce service ne s'occupe pas seulement des estropiés, mais également des invalides du travail, etc.

Ce bref aperçu de l'état de la question de prévoyance et aide médico-sociale aux enfants estropiés et infirmes en Amérique démontre tout l'intérêt qu'elle présente et les résultats que l'initiative privée, puissamment secondée par l'Etat, peut en obtenir.

BELGIQUE.

En Belgique, comme dans beaucoup d'autres pays, l'existence des pauvres enfants estropiés dépendait toujours de la charité privée.

Les enfants aliénés seuls bénéficièrent d'une assistance de l'Etat bien avant les estropiés.

En 1891 déjà fut instituée la loi du «Fonds Commun». On entendait sous ce nom une institution créée dans chaque province et à laquelle participaient d'office financièrement: toutes les communes du ressort de la province, l'Etat et la province, et ceci de la façon suivante: les communes pour une moitié, et l'autre répartie entre l'Etat et la province dans la proportion respective de 3/4 et 1/4.

C'est seulement en 1920 que l'assistance médico-sociale légale et officielle aux infirmes de la motricité devint effective. A ce moment la loi du fonds commun fut étendue aux enfants anormaux, sourds-muets, aveugles et estropiés. Nous reproduisons ici le texte des principaux articles de cette loi:

Art. premier. — Sont supportés à concurrence de moitié par le fonds commun formé comme il est dit à l'article 17 de la présente loi:

1° les frais de l'entretien et du traitement des indigents atteints d'aliénation mentale;

2° les frais de l'entretien et de l'éducation des enfants anormaux indigents placés dans un institut spécial pour y recevoir l'instruction;

3° les frais de l'entretien et de l'éducation des indigents sourds-muets, aveugles ou estropiés atteints d'une infirmité grave et incurable, placés dans un institut spécial pour y recevoir l'instruction.

Le surplus de ces frais sera supporté à concurrence d'un quart par la province et des trois quarts restants par l'Etat.

Art. 2. — Il est institué, dans chaque province, une commission administrative composée de cinq membres. Deux de ces membres sont nommés par le Ministre de la Justice, deux par la députation permanente du conseil provincial, un par le collège des bourgmestre et échevins du chef-lieu de la province.

La commission donne son avis sur l'application des dispositions de l'article 16 et organise un contrôle permanent sur les conditions du maintien de l'intervention du fonds commun.

Elle vérifie par voie d'enquête et d'expertise au besoin les constatations relatives à l'état mental de l'indigent, colloqué ou séquestré comme aliéné. S'il s'agit d'un enfant anormal, d'un sourd-muet, d'un aveugle, d'un estropié placé dans un institut, elle s'assure par les mêmes voies, le cas échéant, que l'indigent est en état de profiter de l'instruction donnée dans l'Institut. Elle veille à ne pas laisser prolonger, au delà du terme nécessaire à leur instruction, le séjour des indigents dans les instituts.

Art. 3. — La part d'intervention incombant à la province et au fonds commun dans les frais de l'entretien, de l'éducation et du traitement des sourds-muets, des aveugles, des enfants anormaux,

des estropiés atteints d'une infirmité grave et incurable et des aliénés, rapatriés à l'intervention du gouvernement, est à charge de la province à laquelle appartient la commune où ils ont leur domicile de secours et du fonds commun de cette province. S'ils n'ont pas de domicile de secours en Belgique, cette part d'intervention se répartit entre toutes les provinces et entre leurs fonds communs.

Par la loi de 1920, le premier pas vers le développement de l'assistance médico-sociale aux enfants infirmes fut fait. Elle permit l'éducation et la rééducation d'un grand nombre de petits invalides et transforma beaucoup de ces êtres, jusqu'alors à la charge de la société, en citoyens utiles et normaux.

La loi de 1920 ne précisait pas les limites d'âge des enfants admissibles dans ces établissements; mais il est établi que peu d'entre eux admettent des infirmes en bas âge, alors que ce sont eux qui profiteraient le plus de l'aide médico-sociale.

Cependant, même pour les estropiés plus âgés, la voie ne fut qu'entr'ouverte. Les ressources du fonds commun étaient trop faibles pour permettre de s'occuper de tous les infirmes d'une façon efficace; c'est à peine si une partie d'entre eux en bénéficia.

L'existence d'un grand nombre d'estropiés, qui dépendaient encore toujours de la charité privée, et l'exemple de l'étranger, de l'Allemagne en particulier, amena la Conférence Internationale des Associations des invalides du travail, des mutilés et des infirmes congénitaux, réunie en octobre 1927 à Bruxelles, à formuler la résolution suivante:

«Après examen de la situation faite aux infirmes congénitaux et aux personnes devenues infirmes par suite des affections de l'enfance, et d'accidents autres que ceux réparés en vertu d'une loi ou d'un jugement; considérant l'insuffisance des secours alloués par les Commissions d'assistance publique ou autres œuvres à caractère privé, et l'obligation dans laquelle se trouvent placés ces éternels sacrifiés de se livrer à la mendicité ou à d'autres expédients pour se créer un supplément de ressources; considérant que le rôle des pouvoirs publics est de créer ou d'encourager les œuvres de rééducation ou de relèvement par le travail, et qu'en ce faisant, ils évitent que les estropiés restent toute leur vie à la charge de la bienfaisance; considérant enfin que le principe de la juste distribution doit trouver son application dans la réparation de toutes les victimes du sort, le Congrès invite les gouvernements à assurer sans retard, à toutes les catégories d'infirmes et estropiés, le «droit à l'existence» et la possibilité d'un reclassement par la rééducation.»

Ce cri d'alarme ne retentit pas sans écho. En décembre 1928 fut votée une nouvelle loi, «le Fonds spécial», qui entra en vigueur le 1er janvier 1929. Nous le reproduisons ici en totalité:

Art. premier. — Il est créé auprès du Ministère de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale, un fonds spécial en faveur des estropiés et des mutilés, des infirmes congénitaux, des aveugles, des sourds et des muets qui réuniront les conditions énumérées dans l'article 3.

Art. 2. — Seront exclus du bénéfice de la loi ceux qui, victimes d'un accident, peuvent se pré-

valoir de la loi sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail.

Art. 3. — Pour jouir du bénéfice de la présente loi, il faut:

1° être Belge et résider en Belgique.

Les ressortissants des pays étrangers qui accordent aux Belges des avantages équivalents pourront également bénéficier de l'allocation prévue par l'article 5;

2° être âgé d'au moins 14 ans;

3° se trouver dans le besoin;

4° subir une incapacité permanente d'au moins 30%;

5° accepter, si les circonstances le permettent, de se soumettre à une éducation ou à une rééducation professionnelle.

Art. 4. — Un arrêté royal prescrira les formalités à remplir pour obtenir les allocations à charge du fonds spécial et la manière dont les demandes seront instruites.

Art. 5. — L'allocation sera calculée sur la base de 2.250 francs, proportionnellement au taux de l'invalidité.

Art. 6. — Le fonds constitué pour le service des allocations sera alimenté par l'Etat, les provinces et les communes. La part de l'intervention de l'Etat est fixée aux 4/8 de la dépense totale, celle des provinces aux 2/8 et celle des communes aux 2/8.

La part contributive des provinces et des communes est calculée au prorata de la charge réelle que leurs ressortissants auront fait supporter au fonds spécial. Un arrêté ministériel, pris sur l'avis

de la commission spéciale instituée en vertu de l'art. 10, fixera chaque année le montant de la contribution de l'Etat, de chaque province et de chaque commune.

Les communes peuvent réclamer aux commissions d'assistance publique le rembqursement de leur contribution.

Art. 7. — Le service des allocations prévues par la présente loi est fait par la Caisse de prévoyance et de secours en faveur des victimes des accidents du travail, sous le contrôle du Ministre de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale.

Art. 8. — Les allocations accordées en vertu de la présente loi ne sont cessibles ni saisissables que pour cause d'obligation alimentaire légale.

Dans le cas où le titulaire de l'allocation serait hospitalisé ou fréquenterait un institut d'éducation ou de rééducation professionnelle, une partie de l'allocation pourra être dévolue à l'établissement hospitalier ou à l'institut d'éducation. Cette quote-part sera déterminée selon les règles fixées par un arrêté royal, pris sur l'avis de la commission des allocations aux estropiés et mutilés.

Art. 9. — Les procurations, quittances, certificats et autres pièces relatives à l'exécution de la présente loi sont délivrés gratuitement, dispensés des droits de timbre et de greffe et exemptés de la formalité de l'enregistrement.

Art. 10. — Une commission spéciale sera instituée par un arrêté royal auprès du Ministère de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale sous le nom de «Commission des allocations aux estropiés et mutilés».

Elle est appelée à statuer sur les demandes des intéressés, à gérer les fonds mis à sa disposition et, en général, à donner son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le Ministre de l'Industrie, du Travail et de la Prévoyance sociale.

Elle sera composée de treize membres, parmi lesquels il y aura deux médecins, un représentant au moins du Ministère de la Justice, un délégué de la Caisse de prévoyance et de secours en faveur des victimes des accidents du travail, ainsi que deux représentants des estropiés et mutilés.

Art. 11. — Un arrêté royal règlera les modalités d'exécution de la présente loi.

Art. 12. — La présente loi entrera en vigueur le 1er janvier qui suivra publication de l'arrêté royal d'exécution.

Cette loi du fonds spécial demande certaines explications:

Tout d'abord le 5e point de l'article 3, car c'est lui qui révèle l'esprit de toute la loi. D'après ce point, «accepter, si les circonstances le permettent, de se soumettre à une éducation ou rééducation professionnelle» est une condition sine qua non pour obtenir l'allocation. Or le mot «allocation» a été défini de la façon suivante: «elle est une aide accordée par la société à l'estropié pour lui permettre de fréquenter une institution d'éducation professionnelle, ou plus exactement pour l'encourager à cette fréquentation». L'allocation doit donc être refusée à celui qui ne veut pas remplir cette condition éducative, exception faite dans le cas où les circonstances ne le permettent pas.

Ce qui nous frappe encore dans cette loi, c'est le second point du même article qui exige: «être

âgé d'au moins 14 ans». Cela constitue évidemment une lacune énorme dans toutes ces mesures législatives, car ce sont les infirmes au-dessous de 14 ans qui seraient le mieux placés pour en bénéficier. On ne saurait assez insister sur le traitement précoce des enfants estropiés, aussi bien pour des raisons d'ordre anatomique et physiologique que pour celles d'ordre psychologique. Jusqu'à l'âge de 14 ans, les petits infirmes ont passé leur enfance dans l'oisiveté. Ils auront pris des habitudes de paresse qui, plus tard, peuvent constituer un obstacle sérieux dans le travail d'éducation professionnelle. Cette lacune dans la loi, sans avoir été comblée, a attiré l'attention puisque le Dr. *Pierard* termine son rapport sur «l'école pour estropiés et estropiés adultes à Charleroi» de la manière suivante:

«Pour être complets, nous ajouterons toutefois que la mentalité souhaitable à nos artisans estropiés ne sera obtenue que lorsqu'il nous sera possible de recevoir les estropiés dès le jeune âge, c'est-à-dire à 6 ans, dans des écoles primaires spéciales où ils seront internes. Alors, nous pourrons aussi espérer une élévation de leur situation parce que nous disposerons de jeunes esprits dans lesquels nous pourrons faire germer et se développer le désir d'occuper une place enviable dans la société.»

NORVEGE.

Le début de l'assistance médico-sociale aux infirmes de la motricité en Norvège fut marqué par la fondation de l'Ecole de travail pour estropiés, en 1892, par Mlle *Agnès Fleischer.*

La fondatrice, elle-même estropiée, douée d'un esprit organisateur tout à fait exceptionnel et d'une intelligence remarquable, semblait, par son infirmité même, être prédestinée à cette tâche.

Le roi Oscar II, frappé par les résultats très encourageants du travail de Mlle *Fleischer,* suivit son exemple quelques années après et fonda une autre école «Sophie Minde» pour 50 à 60 élèves. Cette école devint la base du «Centre de prévoyance pour estropiés», grande institution privée, mais à laquelle l'Etat accordait des secours et dirigée sous son contrôle.

En 1916, le «Centre de prévoyance pour estropiés» fut reconnu par le Parlement, qui lui assigna le rôle d'organiser l'assistance aux infirmes dans le pays entier. Cette institution comprenait un représentant de l'assistance privée et un autre du corps sanitaire de l'armée. Le «Centre» adressa une demande à toutes les communes pour constituer une commission composée de 3 membres: un médecin; un employeur ou une personne compétente s'intéressant particulièrement aux travaux sociaux; et finalement un délégué des assurances sociales.

Cette commission, étant en rapport avec le «Centre pour estropiés», devait s'occuper de toutes les questions concernant l'assistance aux infirmes.

Il n'y avait aucune loi réglant cette organisation et pourtant l'appel du Centre fut accueilli spontanément dans le pays entier: 93 à 94% des communes adhérèrent à ce mouvement. Le fonctionnement de ces institutions varia avec les communes.

Le «Centre pour estropiés» fit une propagande sur une grande échelle par l'intermédiaire d'un périodique, «Solglint» (lueur de soleil) fondé spécialement dans le but de faire comprendre à la population la nécessité d'une assistance sociale aux estropiés.

Le Centre s'occupa des nombreux problèmes rattachés à la question de cette assistance; en voici les plus importants:

— le traitement précoce des infirmités par des spécialistes;
— l'éducation des enfants estropiés étant à l'âge scolaire;
— l'éducation et la rééducation professionnelle des estropiés;
— le devoir de l'Etat et des communes de procurer du travail adapté aux capacités fonctionnelles et professionnelles de ces estropiés.

Jusqu'en 1926, le rôle du Centre était surtout d'attirer l'attention publique sur le problème de l'assistance aux estropiés et de diriger les efforts spontanés de la population dans ce domaine, en les centralisant. Aucune loi ne régissait les différentes institutions ni leur mode de fonctionnement.

Le Centre crut que des mesures législatives étaient nécessaires pour que l'assistance médico-sociale aux estropiés devienne vraiment effective dans le pays entier. C'est ainsi qu'au sein du Centre naquit l'idée de transformer en loi l'organisation spontanée de l'assistance aux infirmes de la motricité par les commissions communales, dont le rendement variait suivant la bonne volonté de la commune correspondante. La loi projetée ressemble à la loi prussienne, que nous avons déjà citée.

Il ne nous a pas été possible de nous documenter sur le développement ultérieur de ce problème dans les dernières années.

C'est ainsi que nous ignorons dans quelle mesure le projet du «Centre» concernant la mise de cette assistance à la charge des communes et de l'Etat a été réalisé.

En tout cas, ce projet empiète nettement sur la liberté individuelle des estropiés, quoi qu'il n'y soit pas fait mention de prison et d'amende dans le cas de non-obéissance à la loi, comme il est prévu en Prusse. Le libre choix du médecin n'est pas non plus pris en considération.

FRANCE.

En France, l'idée d'une assistance officielle prit naissance pendant la Révolution. En 1793, un décret de la Convention Nationale déclara que l'assistance aux infirmes était un devoir de la société, mais les beaux projets de la Convention mirent plus d'un siècle à se réaliser.

Actuellement l'assistance aux enfants infirmes en France est régie par les lois sur l'assistance publique. Parmi elles, deux surtout entrent en considération:

1° la loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893, dont voici le premier article: «Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.»

2° la loi sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables du 14 juillet 1905.

Cette seconde loi ne s'applique pas aux enfants au-dessous de 15 ans.

En Alsace, il existe une loi locale spéciale (ancienne loi allemande) sur l'assistance aux infirmes indigents de tout âge, prévoyant leur traitement aux frais du département et de la commune d'origine dans les proportions de 2/3 et 1/3.

Nous voyons ainsi que, grâce à ces différentes mesures législatives, tout enfant estropié indigent peut bénéficier de l'assistance médico-sociale, quoi qu'il n'y ait pas d'organisation spéciale dans ce domaine, comme dans beaucoup de pays étrangers. L'Etat français met annuellement de grandes sommes à la disposition des institutions chargées de cette assistance. Lors de la grande épidémie de paralysie infantile en Alsace, en 1930, des fonds spéciaux furent affectés à la lutte contre cette maladie et contre les séquelles qui en résultent si souvent.

Malheureusement, un certain nombre d'enfants estropiés échappent à cette assistance à cause de la négligence des parents. Beaucoup d'ailleurs, parmi ces derniers, ne se doutent même pas que des malformations acquises ou congénitales sont le plus souvent curables et qu'il suffirait de s'adresser à un hôpital pour que le petit infirme soit transformé en un être normal, capable de gagner sa vie en travaillant.

C'est pour ces raisons que la centralisation des différentes institutions de l'assistances publique dans ce domaine serait à désirer.

Nous avons vu les grandes variations de l'assistance médico-sociale aux enfants infirmes d'un pays à l'autre.

En Allemagne, c'est de l'étatisme pur: les parents sont contraints de laisser traiter leurs petits infirmes et n'ont même pas le droit du libre choix du médecin.

En Amérique du Nord et en Belgique, il y a collaboration étroite entre les œuvres privées et les institutions de l'Etat, sans que ces dernières aient le droit absolu d'imposer le traitement aux infirmes.

En Norvège, par contre, toute l'assistance médico-sociale aux infirmes est basée sur la charité publique; il n'y a aucune loi réglant les différentes organisations.

En France, nous avons une collaboration de l'initiative privée avec celle de l'Etat comme dans les Etats de l'Amérique du Nord et en Belgique; mais il nous manque la centralisation des différents organismes existant dans ces pays. Les parents des petits infirmes ont la liberté absolue d'accepter ou de refuser le traitement de leurs enfants. Ce n'est pas cette liberté qui serait à critiquer. Il serait uniquement désirable qu'une large propagande, une inspection scolaire orthopédique systématique, un service social bien organisé, tendent tous vers le même but: traitement et éducation professionnelle précoces des petits estropiés afin d'en faire des êtres indépendants et utiles.

CONCLUSIONS.

I. — Il existe trois bases pour l'organisation de la prévoyance ainsi que l'assistance médico-sociale aux enfants infirmes:

1° la charité privée;

2° la législation d'Etat: assistance officielle;

3° le système mixte: charité privée, organisée par l'Etat.

II. — Une institution internationale peut donner les directives générales pour l'organisation de cette prévoyance et aide médico-sociale, mais chaque pays doit choisir la méthode qui convient le mieux à ses habitudes et à son caractère.

Vu: le Président de Thèse: STOLZ.

Vu: le Doyen de la Faculté: P. MERKLEN.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur d'Académie
Président du Conseil de l'Université:
J. DRESCH.

Bibliographie

Atsatt. — The Crippled Child in California (Journ. of Bone and Joint Surgery, vol. XI, 1929).

Borrel. — L'assistance sociale aux infirmes civils (Th. de Bordeaux, 1925).

Eckardt. — Welchen Nutzen würde ein internationaler Zusammenschluss der Organisationen für Krüppelfürsorge den Ländern und Krüppeln der ganzen Welt bringen? (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 21, 1928).

— Gebrechlichenfürsorge in Amerika (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 22, 1929).

— Vorbeugung des Krüppeltums (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 22, 1929).

— Die Entwicklung der Krüppelfürsorge in Deutschland (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 23, 1930).

— Zahlen aus dem Ergebniss der Reichsgebrechlichenzählung 1929 in Deutschland und deren Bedeutung für die Krüppelfürsorgearbeit (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 24, 1931).

— Die zweite internationale Krüppelfürsorgekonferenz, (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 24, 1931).

— Eine statistische Studie über das Krüppelproblem in Massachusetts (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 25, 1932).

— Berufsberatung und Berufsschulung Körperlich-Gebrechlicher in Amerika (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 25, 1932).

Gaenslen. — The Care of the Cripples (Journ. of the Americ. Med. Associat., vol. 84, 1925).

Gibert. — Contribution à l'étude de l'organisation et du fonctionnement de l'inspection médicale scolaire (Th. de Bordeaux, 1932).

Guildal. — Vanfore-Forsorgen i Danmark.

Grobelski. — Kilka uwag o rozwoju i stanie opieki nad dzieckiem ulomem zagranica i u nas (Nowiny lekarskie, 1930).

Haglund. — Zusammengefasste Darstellung betreffend die Lage der schwedischen Krüppelfürsorge im Mai 1922 (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 15, 1922).

Howett. — Progress in the Education of Crippled Children. Elyria 1928.

Knotterus. — Die Krüppelpflege in Holland (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 1, 1909).

Meyer. — Prévoyance et aide sociale aux infirmes en Allemagne (Méd. d'Als. et de Lorr., Juillet 1932).

Michel. — Danemark auf dem Wege zum Krüppelfürsorgegesetz (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 23, 1930).

Moody et *Westbrook.* — A survey of Agencies Working Witland for Children (Research Service Bulletin, N° 7, 1929).

Pierard. — L'école pour estropiés et estropiés adultes à Charleroi. La Haye, 1931.

Rummelhof. — Ein Gesetzvorschlag betreffend Krüppelfürsorge in Norwegen (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 18, 1925).

— Die Krüppelfürsorge in Norwegen (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 20, 1927).

Schulze-Gocht. — Krüppelfürsorge im Kleinkindesalter (Pommersche Wohlfartsbl., vol. IV, 5).

— Die öffentliche Krüppelfürsorge (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, vol. XXIV, 8).

— Die Ziele der Krüppelfürsorge auf dem Gebiete der Krampflähmung (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, Nr. 17, 1927).

Solenberger. — Some Agencies and Institutions for Cripples in Various European Countries.

Van Overbergh. — Les estropiés en Belgique (Rev. du Trav., N° 3, 1932).

Würtz. — Ueber Amerikanische Krüppelfürsorge (Zeitschrift für Krüppelfürsorge, vol. 23, 1930).